



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

ÅRSBERETNING

Det Psykiatriske Ankenævn 2025



INDHOLD

1. FORORD	3
2. INDLEDNING	5
3. NØGLETAL	7
3.1. Modtagne sager	7
3.2. Afsluttede sager	7
3.3. Ændringsprocent	8
3.4. Sagsbehandlingstid.....	9
4. NÆVNETS PRAKSIS	11
4.1. Tvangsbehandling med antipsykotisk medicin	11
4.2. Tvangsbehandling af legemlig lidelse	26
4.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)	27
4.4. Brug af fysisk magt	28
4.5. Indgivelse af beroligende medicin med magt	29
5. AFSLUTNING	35
5.1. Læring	35
5.2. Forventninger til fremtiden	35

1. Forord

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2025, som i de tidligere år, behandlet flest sager om tvangsbehandling med antipsykotisk medicin og indgivelse af beroligende medicin med magt. Årsberetningen har derfor også i år disse indgreb som sit primære omdrejningspunkt.

Hvad angår tvangsbehandling afspejler det valgte fokus i årsberetningen de særlige problemstillinger vedrørende patientens tilstand, motivation og betænkningstid, sædvanlig dosering af præparatet samt opsættende virkning.

I sagerne om indgivelse af beroligende medicin med magt er det særligt spørgsmålet om ekstraordinære store doser og dosisadministration, der er i fokus.

Fælles for begge tvangsindgreb gælder, at vi i forhold til de nævnte problemstillinger vurderer, om dokumentationen i forbindelse med indgrebene er i orden. Derudover vurderer vi altid, om mindstemiddelprincippet er overholdt, herunder om mindre indgribende tiltag har været forsøgt.

Vi har valgt at referere de afgørelser, der bedst beskriver de nævnte problemstillinger på en enkel måde – både for at fremme læring og for at sætte fokus på de specifikke problemstillinger.

Vi har i år også valgt at inddrage eksempler på afgørelser om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT) og brug af fysisk magt.

Jeg vil gerne takke sekretariatet og ankenævnets medlemmer for det gode samarbejde i 2025. Jeg ser mod et nyt spændende år for ankenævnet i 2026.

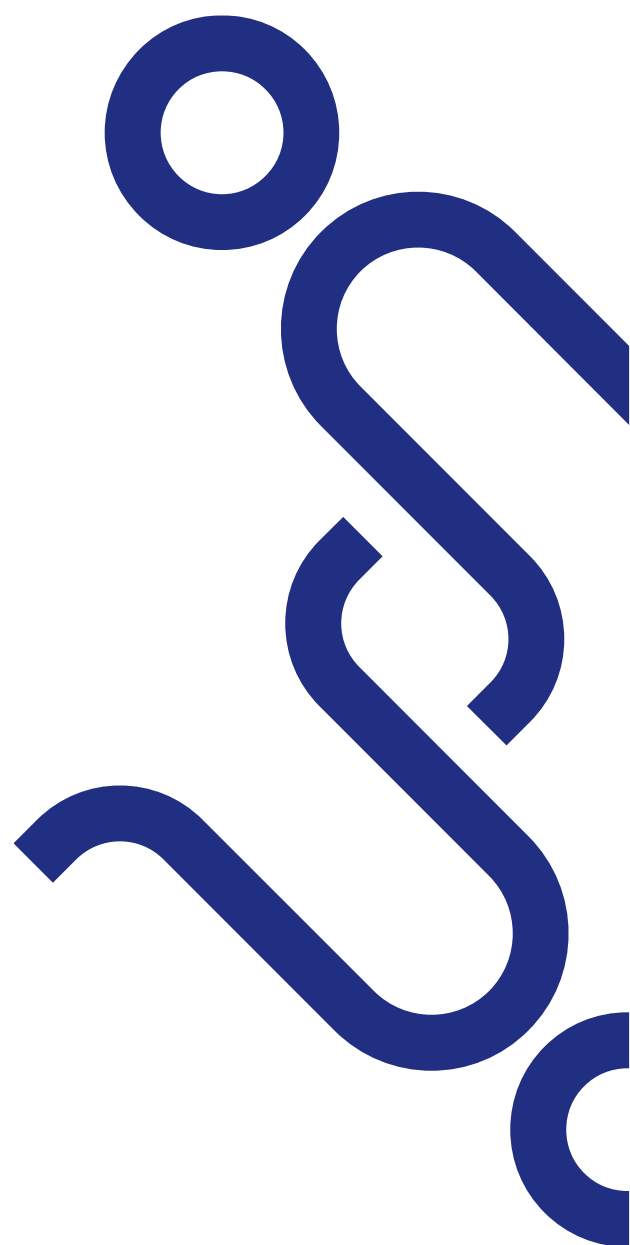
God læselyst.

Jesper Jarnit
Formand

INDLEDNING



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN



2. Indledning

Vi behandler klager over de afgørelser, der træffes af Det Psykiatriske Patientklagenævn, om:

- tvangsbehandling,
- fysisk magtanvendelse,
- indgivelse af beroligende middel med magt,
- personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse,
- personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer og
- aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn, der nedsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Nævnet består af:

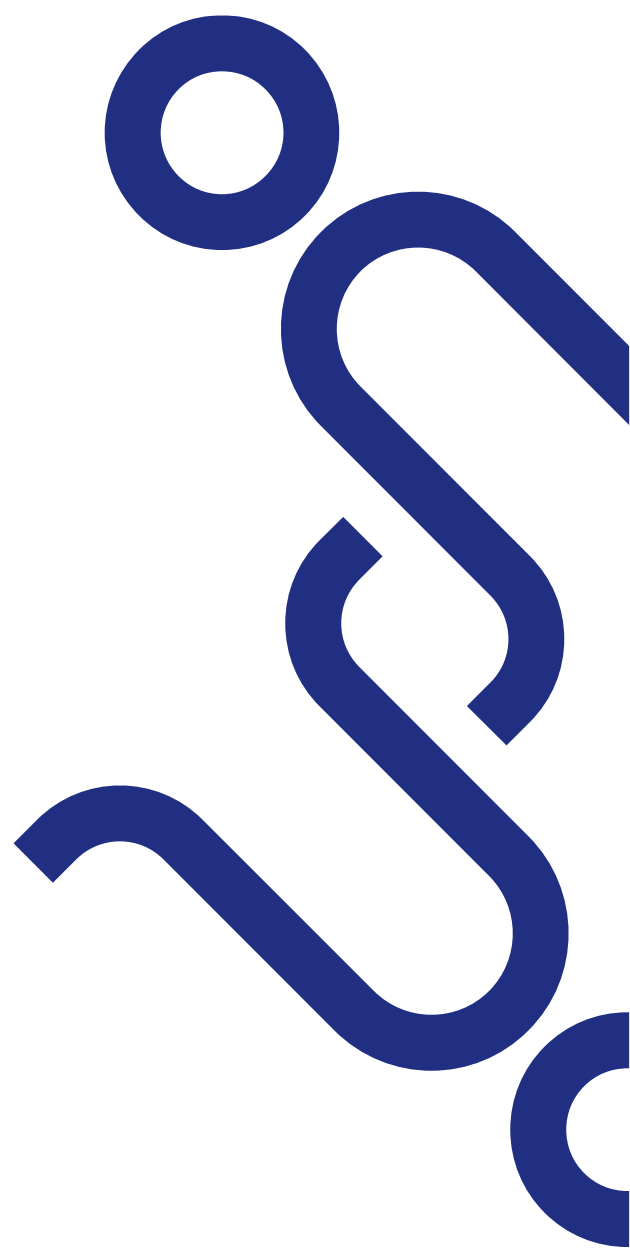
- en dommer, som er formand
- to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri og beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen
- to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Nævnet er beslutningsdygtigt, hvis formanden deltager samt mindst ét medlem, der er speciallæge i psykiatri og beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og ét medlem beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Du finder flere informationer om Det Psykiatriske Ankenævn, herunder sammensætning, kompetence og sagsgang her:

[LÆS MERE PÅ VORES HJEMMESIDE](#)

NØGLETAL



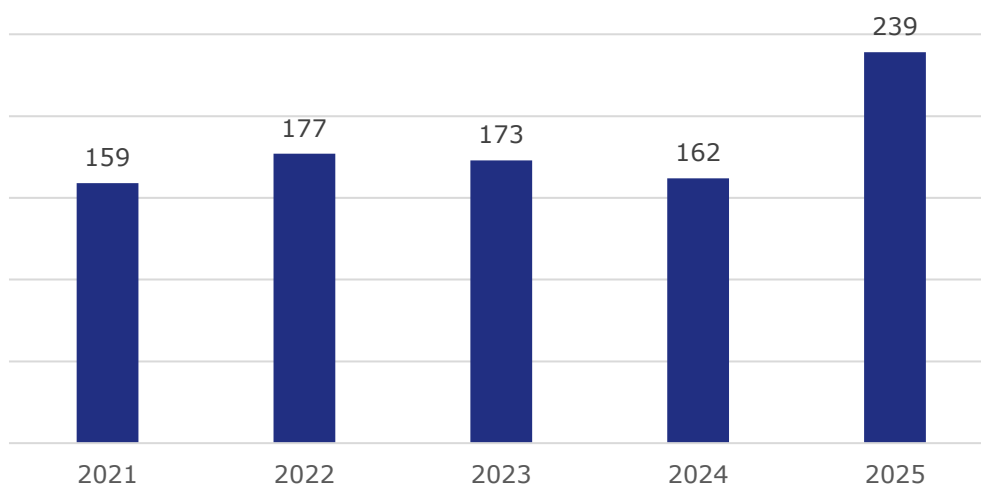
3. Nøgletal

3.1. Modtagne sager

I 2025 modtog vi 239 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Som det fremgår af nedenstående tabel, har vi dermed modtaget flere sager i 2025 end i de foregående fire år.

Denne udvikling skyldes til dels, at Det Psykiatriske Patientklagenævn traf væsentligt færre afgørelser i 2024 sammenlignet med 2025, hvor der både har været en generel stigning i antallet af sager og en højere sagsproduktion.

Figur 1: Antal sager modtaget ved Det Psykiatriske Ankenævn¹

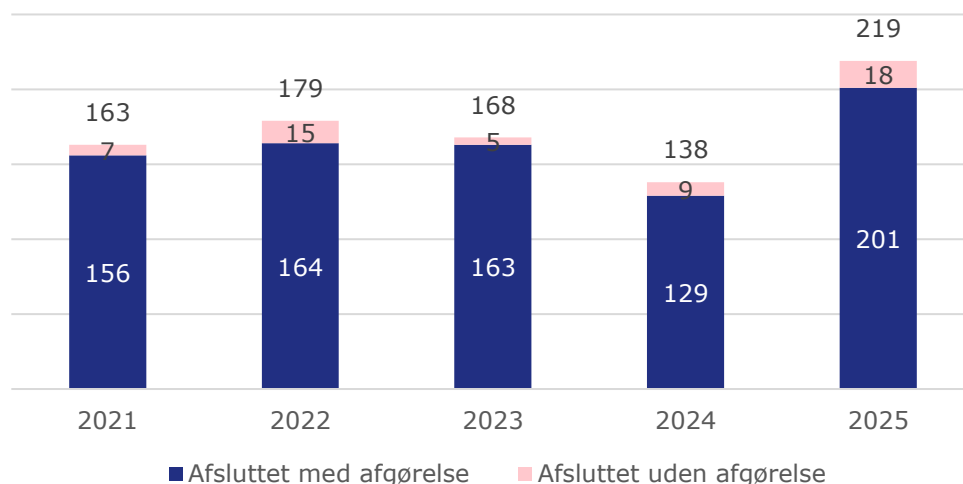


3.2. Afsluttede sager

Vi afgjorde 201 sager i 2025. Derudover blev 18 sager afsluttet på anden måde – primært fordi klager trak sin klage tilbage. Samlet set afsluttede vi flere sager i 2025 end i tidligere år.

Dette skyldes blandt andet en generel stigning i sagsmængden, samt at Det Psykiatriske Patientklagenævn har truffet flere afgørelser i 2025. Herudover er en række sager fra 2024, hvor der alene blev afholdt fem møder i ankenævnet, først blev afsluttet i 2025. I 2025 blev der således afholdt syv møder i ankenævnet mod normalt seks årlige møder.

¹ Kilde: STPK i Tal. Der er 2-3 sager i afvigelse årligt i antallet af modtagne sager i 2021-2023 i forhold til årsberetningen 2024. Det skyldes, at modtagne sager for 2021-2023 ikke var opdateret i figuren i årsberetningen fra 2024.

Figur 1 Antal sager afsluttet ved Det Psykiatriske Ankenævn²

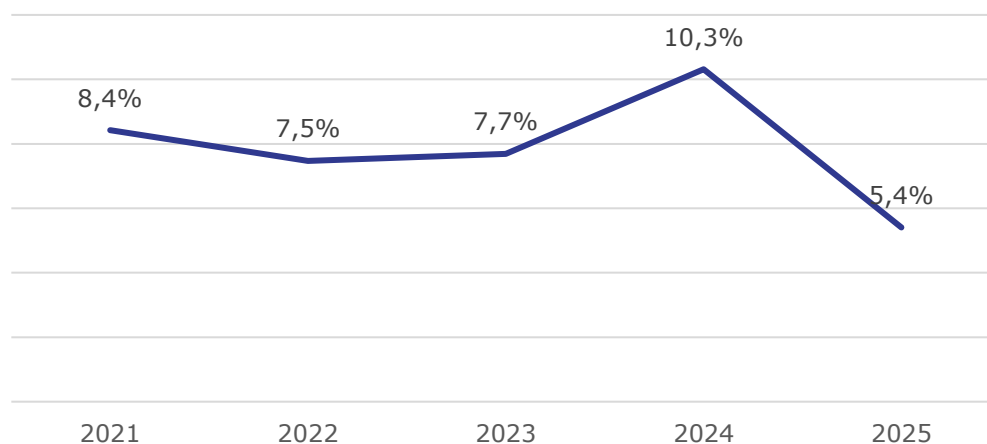
3.3. Ændringsprocent

I de sager, der blev afgjort i 2025, ændrede vi i 16 tilfælde Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Det svarer til en ændringsprocent på 5,4 %.

Til sammenligning var ændringsprocenten 10,31 % i 2024, 7,69 % i 2023 og 7,47 % i 2022.

Årets ændringsprocent ligger således lavere end de foregående år.

Den lavere ændringsprocent kan blandt andet ses i lyset af, at der i 2025 ikke har været praksisændringer som i 2024, hvor vi havde en øget ændringsprocent på grund af praksisændringer vedrørende ekstraordinært store doseringer samt sædvanlig dosis ved anvendelse af præparatet Zyprexa.

Figur 2 Ændringsprocent af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser³

² Kilde: STPK i Tal. Der er 2-3 sager i afvigelse årligt i antallet af modtagne sager i 2021-2023 i forhold til årsberetningen 2024. Det skyldes, at modtagne sager for 2021-2023 ikke var opdateret i figuren i årsberetningen fra 2024.

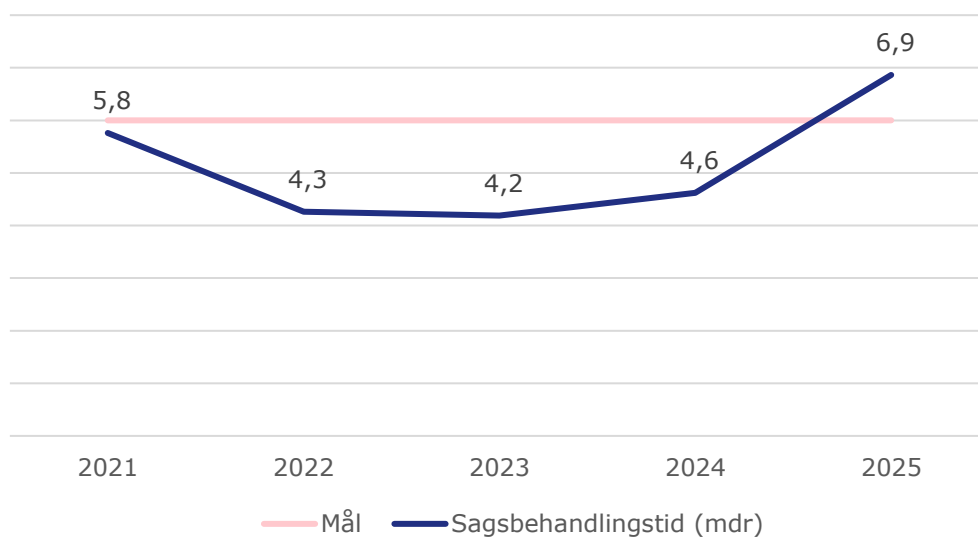
³ Kilde: Styrelsens ESDH-system.

3.4. Sagsbehandlingstid

I 2025 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid hos Det Psykiatriske Ankenævn 6,9 måneder, hvilket beklageligt overstiger det politiske mål på gennemsnitligt 6 måneder.

Den længere sagsbehandlingstid hænger sammen med, at der i 2024 blev afholdt færre nævnsmøder end normalt, og at en række sager fra 2024 derfor først kunne behandles i 2025.

Figur 3 Gens. sagsbehandlingstid for sager afsluttet med en afgørelse (måneder)⁴

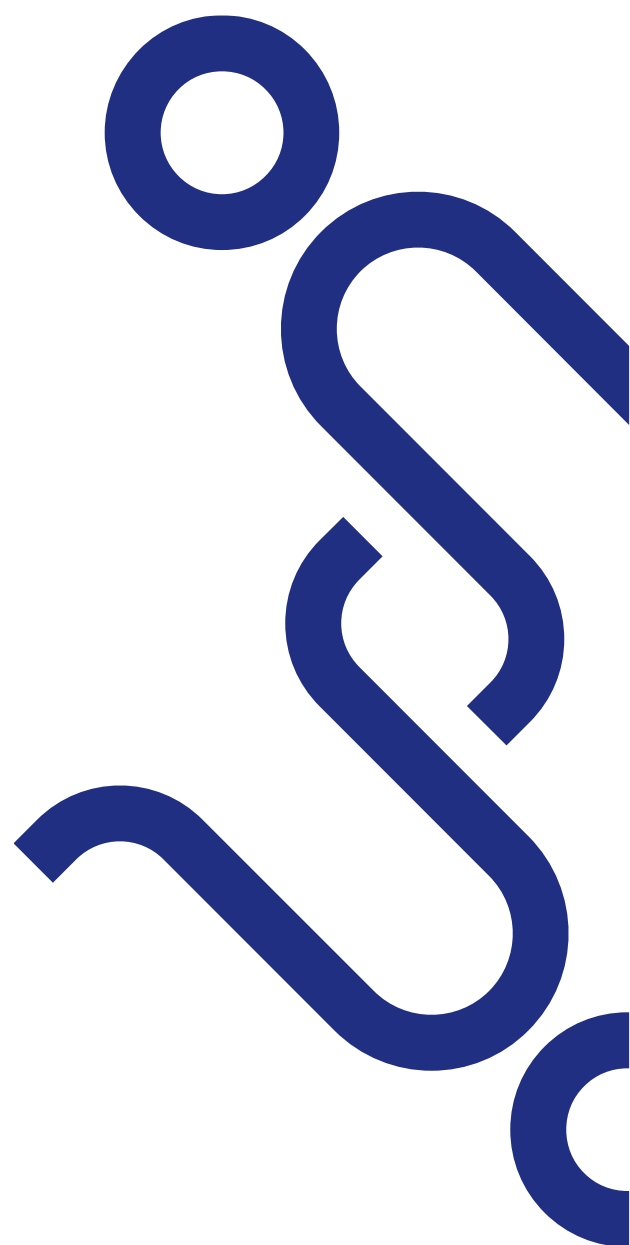


⁴ Kilde: STPK i Tal

NÆVNETS PRAKSIS



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN



4. Nævnets praksis

I dette afsnit opsummerer vi vores praksis. Vi gengiver praksis med et resumé af en række afgørelser, som vi har truffet i 2025. Afgørelserne er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som vi har behandlet i 2025.

Afgørelserne og gennemgang af vores praksis er inddelt i fem overordnede emner:

- Tvangsbehandling med antipsykotisk medicin
- Tvangsbehandling af legemlig lidelse
- Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)
- Brug af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende medicin med magt

4.1. Tvangsbehandling med antipsykotisk medicin

Informeret samtykke

Behandling på en psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens informerede samtykke. Det fremgår af § 3 i psykiatriloven.

Informeret samtykke er et samtykke fra patienten, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson, inden enhver behandling begynder eller forsætter. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 1 og 3.

Patienten skal blandt andet have information om sine muligheder for behandling, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Det fremgår af § 16 i samme lov.

Patienten skal løbende informeres om sin sygdom og den behandling, som lægerne ønsker at give. Informationen skal desuden være forståelig for patienten.

Manglende samtykke

Det kan være nødvendigt at beslutte at tvangsbehandle patienten, selvom det ikke er muligt at få patientens informerede samtykke. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldt.

Ankenævnets praksis

Som udgangspunkt vil vi tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt ud fra følgende kriterier:

- Er patienten sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed?
- Vil det være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, fordi udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Har patienten haft passende tid til at overveje spørgsmålet om behandling (betænkningstid)?
- Er patienten motiveret løbende og ensartet i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling?
- Har patienten haft mulighed for at drøfte spørgsmålet om behandling med sin patientrådgiver?

- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger?
- Er patienten informeret om både det primære og det sekundære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?

4.1.1. Patientens tilstand

Regler

Den psykiatriske afdeling må kun bruge tvangsbehandling i følgende tilfælde:

- Hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der kan ligestilles hermed og
- Det vil være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, fordi:
 - Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller
 - Patienten frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5.

Ankenævnets praksis

Det første, vi vurderer, når vi skal afgøre, om tvangsbehandlingen kan godkendes, er, om patienten var sindssyg eller i en tilsvarende tilstand.

Vi tager derefter stilling til, om det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten.

Vurderingen tager udgangspunkt i oplysningerne om patienten i journalen.

Det er ikke en betingelse for at tvangsbehandle, at patienten rent faktisk er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Det afgørende er, at patienten opfyldte betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, som fremgår af § 5.

SAG 1

Patientens psykotiske tilstand var dokumenteret i journalen

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte overlægens beslutning om tvangsbehandling. Nævnet vurderede, at det ikke var tilstrækkeligt dokumenteret i journalen, at patienten var delirøs (psykotisk) på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at journalen dokumenterede, at patienten var i en svært psykotisk tilstand med manglende sygdomsindsigt i forhold til både sin fysiske kræftlidelse og sin psykiske lidelse. Journalen viste et svingende symptombillede, hvor patienten kunne veksle fra at være samlet og relevant til svært psykotisk, hvilket er typisk for akutte psykoser.

Vi lagde også vægt på, at patienten modsatte sig anbefalet somatisk behandling og kom med udtalelser, der afveg fra øvrige oplysninger om

patientens funktion og livssituation. Vi vurderede, at disse udtalelser var tegn på manglende sygdomsindsigt og fortsatte vrangforestillinger.

Vi godkendte derfor beslutningen om at tvangsbehandle patienten.

SAG 2

Patientens behandlingsmuligheder var ikke udtømt

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn vurderede, at det ikke var dokumenteret, at patientens psykotiske symptomer på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling var udtryk for en forværring af den psykotiske tilstand, eller at antipsykotisk behandling kunne medføre en betydelig og afgørende bedring af tilstanden. Nævnet lagde vægt på, at patienten var diagnosticeret med behandlingsrefraktær skizofreni og tidligere havde modtaget flere forskellige antipsykotiske behandlinger uden effekt.

Ankenævnets vurdering

Vi var ikke enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi vurderede, at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, fordi en afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentlig forringet. De medicinske behandlingsmuligheder var ikke udtømt, og med den rette behandling var det fortsat muligt at bedre patientens tilstand betydeligt og afgørende. Vi bemærkede, at begrebet behandlingsrefraktær skizofreni dækker over kriterierne for, hvornår man bør skifte til behandling med lægemidlet Clozapin. Kriterierne for behandlingsrefraktær skizofreni opfyldes først, når patienten har været i behandling med to antipsykotika i terapeutisk dosis i mindst seks uger med hver enkelt af præparaterne (i form af to gennemførte behandlingsforsøg) uden at opnå respons.

Vi godkendte derfor beslutningen om at tvangsbehandle patienten.

4.1.2. Mindstemiddelprincippet

Regler

Tvang må ikke bruges, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået. Hvis mindre indgribende tiltag er tilstrækkelige, skal disse bruges.

Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå formålet.

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, 2 og 4.

Ankenævnets praksis

Mindstemiddelprincippet indebærer, at vi som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end behandling med tabletter.

Behandling med depotmedicin betragter vi som det mest indgribende. Dette skyldes, at medicinen bliver i kroppen i en længere periode eksempelvis over tre måneder. Derved går der længere tid, før medicinens virkning er ude af kroppen, og eventuelle bivirkninger aftager.

4.1.2.1. Depotbehandling

Regler

Depotmedicin bør så vidt muligt undgås og må ikke være den første behandling ved tvangsmedicinering, hvis patientens reaktion på behandlingen er ukendt. Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at depotmedicin som udgangspunkt er den mest indgribende form for behandling. Derfor kræver det særlige grunde at vælge depotmedicin ved tvangsbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten tidligere gentagne gange har haft medicinsvigt, og at det ikke har været muligt at sikre en stabil behandling med tabletter. Begrundelsen skal være konkret og journalføres.

4.1.2.2. Polyfarmaci

Sundhedsstyrelsens vejledning

Der er ikke dokumentation for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) giver bedre virkning. Derimod kan polyfarmaci give flere bivirkninger. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser.

Man skal forsøge behandling med Clozapin, hvis der ikke er kontraindikationer, før man træffer beslutning om behandling med polyfarmaci.

Polyfarmaci kan i enkelte og konkrete tilfælde være relevant til behandling af patienter, som ikke tåler Clozapin, når Clozapin ikke har haft den ønskede virkning, eller når der har været uacceptable bivirkninger til den hidtidige behandling.

Det fremgår endeligt af vejledningen, at patienter med kendt skizofreni og gentagne psykoser efter den akutte fase som oftest med fordel kan fortsætte behandlingen med det præparat, som viste sig effektivt i den akutte fase, når der ikke var uacceptable bivirkninger.

Ankenævnets praksis

Det er ankenævnets praksis, at det som udgangspunkt ikke er i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at træffe beslutning om samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler.

Der kan dog i særlige tilfælde træffes beslutning om samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler, hvis det konkret vurderes, at mindre indgribende behandlingsalternativer er utilstrækkelige.

SAG 3

Behandling med flere antipsykotiske lægemidler var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling med lægemidlet Olanzapin. Patienten blev allerede tvangsbehandlet med det antipsykotiske lægemiddel Cisordinol, og den aktuelle beslutning om tvangsbehandling var derfor et tillæg til den eksisterende behandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at behandle med lægemidlet Olanzapin, selvom patienten samtidig blev tvangsbehandlet med Cisordinol.

Vi lagde vægt på, at der var et grundigt kendskab til patienten, som tidligere havde være behandlet med Olanzapin og Cisordinol i mange år. I denne periode havde man set patienten så stabil, som patienten kunne forventes at blive. Derudover havde man observeret en forværring af patientens tilstand, når patienten alene blev behandlet med ét antipsykotisk lægemiddel.

4.1.2.3. Successive behandlingssæt

Et successivt behandlingssæt betyder, at den psykiatriske afdeling beslutter, at patienten først skal tvangsbehandles med ét præparat, én dosis eller en behandlingsmåde, og at behandlingen kan ændres til en anden tvangsbehandling, hvis det senere bliver nødvendigt.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at det som udgangspunkt ikke er i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at træffe beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det skyldes, at patienten i denne situation ikke har mulighed for at forholde sig til spørgsmålet om den efterfølgende behandling, mens patienten modtager den indledende behandling.

Konkrete omstændigheder kan dog føre til, at en beslutning om tvangsbehandling med et successivt behandlingssæt vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet.

SAG 4

Behandling med successivt behandlingssæt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over en beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify med efterfølgende overgang til injektion med depotmedicinen Abilify Maintena efter stabilisering af tabletbehandlingen.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

**Ankenævnets
vurdering**

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Vi vurderede, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at behandle patienten med et successivt behandlingssæt.

Vi lagde blandt andet vægt på, at der ved indgivelse af depotinjektion med Abilify Maintena går en vis tid, før lægemidlet frigives i kroppen, og der opnås stabil koncentration. Det var derfor nødvendigt midlertidigt at supplere med hurtigtvirkende tabletbehandling for at sikre, at patienten opnåede tilstrækkelig behandlingsmæssig effekt og modtog relevant behandling.

Vi erklærede os derfor enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om at godkende beslutningen om at tvangsbehandle patienten.

Regler**4.1.3. Betænkningstid**

Patienten skal før overlægens beslutning om tvangsbehandling have en passende betænkningstid, hvor patienten kan overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5.

Overlægen skal i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens tvivl i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre brug af andre former for tvang samt patientens forpinthed m.v.

Det fremgår af § 3, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit samtykke, men patienten har dog højst krav på tre dages betænkningstid.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5, og § 3, stk. 2, i samme bekendtgørelse.

**Længere eller
kortere
betænkningstid**

Betænkningstiden kan være kortere eller længere end tre dage, hvis konkrete omstændigheder taler for det.

Det er en konkret vurdering, hvor lang betænkningstiden skal være. I overlægens vurdering af, hvor lang betænkningstiden skal være, kan der blandt andet lægges vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, om den manglende medicinering medfører anvendelse af andre former for tvang samt patientens ambivalens, forpinthed mv.

SAG 5

Betænkningstid på lidt mere end et døgn var tilstrækkelig

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling efter, at patienten havde haft en betænkningstid på et døgn og 39 minutter.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betænkningstiden på lidt over et døgn var passende for patienten. Vi lagde blandt andet vægt på, at patienten fremsatte trusler mod personalet, og at patienten blev vurderet som uforudsigelig og som angrebsparat. Patientens tilstand havde blandt andet krævet tilstedeværelse af politi for at sikre sikkerheden på afdelingen på anden motivationsdag.

Vi erklærede os derfor enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om at godkende beslutningen om at tvangsbehandle patienten.

Afbrudt betænkningstid

Betænkningstiden afbrydes, hvis ikke patienten dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandling. I så fald skal motivationen starte forfra. Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der er sket en tilstrækkelig motivation, indgår det i vores vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

Betænkningstiden løber fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud.

Hvis en patient har modtaget sin medicin frivilligt, men senere modsætter sig behandlingen, medregner vi som udgangspunkt ikke "den frivillige periode" i betænkningstiden. I sådanne tilfælde regner vi først betænkningstiden fra det tidspunkt, hvor det fremgår af journalen, at patienten igen har modsat sig behandlingen. Der er dog tilfælde, hvor vi vurderer, at betænkningstiden ikke afbrydes.

SAG 6

Patienten havde afbrudt betænkningstiden ved frivillig indtagelse af medicinen

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over en beslutning om tvangsbehandling. Patienten var i dagene fra den 17. maj 2025 og frem blevet motiveret for behandlingen, og patienten afviste under motivationssamtalerne de første dage at modtage behandlingen. Patienten accepterede dog den 20. maj 2025 at modtage den primære tabletbehandling. Overlægen traf på trods af patientens accept samme dag beslutning om tvangsbehandling med henblik på at sikre et stabilt medicinindtag.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling, fordi patienten ikke havde haft en passende betænkningstid til at overveje sit samtykke til behandlingen. Nævnet lagde

blandt andet vægt på, at patienten havde accepteret at tage medicinen frivilligt efter tre dages motivation, og at det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten flere gange tidligere havde indvilliget i at tage medicinen frivilligt for derefter at skifte mening, således at motivationen måtte starte forfra.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i, at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i forhold til motivation og betænkningstid, fordi patienten forud for beslutningen havde accepteret behandlingen og indtog medicinen frivilligt. Vi vurderede, at der ikke var særlige grunde, som kunne begrunde en fravigelse af udgangspunktet om, at en frivillig indtagelse af medicinen afbryder betænkningstiden.

Vi erklærede os derfor enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

SAG 7

Patienten havde haft en passende betænkningstid trods frivillig indtagelse af medicinen

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over en beslutning om tvangsbehandling med dosisøgning af en igangværende tvangsbehandling.

Patienten var blevet motiveret til at tage medicinen frivilligt i omkring tre døgn, og lige inden, at patienten blev præsenteret for beslutningen om tvangsbehandlingen, valgte patienten spontant at tage medicinen. Patienten afviste i den forbindelse, at det skulle opfattes som udtryk for frivillig indtagelse af medicinen.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at patienten havde afbrudt motivationsperioden ved at tage medicinen frivilligt inden, at der blev truffet beslutning om at tvangsbehandling.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede konkret, at patienten var blevet motiveret i tilstrækkeligt omfang og havde haft den fornødne betænkningstid på næsten tre døgn, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, også selvom patienten havde indtaget medicinen lige inden, at beslutningen blev truffet.

Vi godkendte derfor beslutningen om at tvangsbehandle patienten.

4.1.4. Indhold af motivationen

Regler

Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed. Det gælder dog ikke akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred.

Det fremgår af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Det fremgår af § 3, stk. 5, i samme bekendtgørelse.

Ankenævnets praksis

Det er vores praksis, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling, herunder et eventuelt dosisinterval. Det skyldes, at patienten skal have mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen.

Tvangsbehandlingen skal normalt ske med det præparat og den dosis, som patienten er motiveret for. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Motivationen har stor betydning for, om vi kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Hensigten med motivationen er, at patienten selv skal have mulighed for at tage stilling til, om han eller hun vil tage imod behandlingen frivilligt. Det skal derfor være klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og patienten skal have tilstrækkelig mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Hvis der er uoverensstemmelser i motivationen, foretager vi en konkret bevisafvejning. Vi behandler sager på et skriftligt grundlag og er derfor afhængige af, hvad der står i journalen.

En patient bliver typisk motiveret for både en primær og sekundær (subsidiær) behandling. Det primære præparat er det præparat, som man i første omgang vil give patienten. Det sekundære præparat er andetvalget.

Patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling – altså den behandling, som man i første omgang planlægger at behandle patienten med. Det er ikke et krav, at patienten løbende er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog have information om den sekundære behandling i motivationsperioden.

4.1.5. Overlægegodkendelse

Regler

Det er overlægen, der beslutter, om patienten skal behandles under tvang, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal bruges magt for at gennemføre behandlingen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 4.

En anden læge kan i overlægens fravær træffe beslutningen, men overlægen skal i sådanne tilfælde efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 4 a.

Regler**4.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge**

En patient, der bliver tvangsbehandlet, skal have beskikket en patientrådgiver.

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 1.

Det gælder dog ikke, hvis patienten har en bistandsværge.

Det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om patientrådgivere.

Det er patientrådgiverens opgave at vejlede og rådgive patienten om alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 2, 1. punktum.

Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og fortsat være i kontakt med denne. Første besøg skal være inden 24 timer efter beskikkelsen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 26, stk. 1.

Ved tvangsbehandling sker beskikkelsen, inden der træffes endelig beslutning om tvangsbehandling med henblik på, at patienten så vidt muligt får lejlighed til at drøfte indgrebet med patientrådgiveren i betænkningstiden.

Det fremgår af § 4, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at en beslutning om tvangsbehandling ikke underkendes alene, fordi det ikke fremgår af journalen, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver.

4.1.7. Præparat og dosis**Regler**

Ved tvangsmedicinering skal der bruges afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger.

Det følger af bekendtgørelsen § 4, stk. 1.

4.1.7.1. Afprøvede lægemidler**Regler**

Afprøvede lægemidler er præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Det følger af bekendtgørelsens § 4, stk. 2.

Ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Det følger af bekendtgørelsens § 4, stk. 3.

4.1.7.2. Sædvanlig dosis

Regler

Sædvanlig dosis betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der fremgår af lægemiddelfortegnelsen, og det, der svarer til god lægelig praksis.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven.

Ankenævnets praksis

Ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosis, bruger vi medicinoversigten på pro.medicin.dk, der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

Det er vores praksis at bruge det doseringsforslag på pro.medicin.dk, der er relevant i forhold til patientens diagnose. Doseringsforslaget kan derfor eksempelvis være forskelligt afhængigt af, om patienten lider af mani eller skizofreni.

Doseringsforslaget kan også afhænge af patientens øvrige helbredssituation.

Det kan i visse tilfælde være tilladt at bruge en større dosis end den, som er sædvanlig for de fleste patienter. Behovet skal være konkret og velbegrunderet i forhold til den enkelte patient. Det er praksis, at der skal være en konkret begrundelse for dosis, når den overstiger den sædvanlige dosis.

SAG 8

Tvangsbehandling med tablet Clozapin stigende til højst 900 mg dagligt var sædvanlig dosis

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om primær tvangsbehandling med tablet Clozapin med en startdosis på 12,5 mg dagligt stigende til maksimalt 900 mg dagligt afhængigt af effekt, bivirkninger og målte plasmaniveauer.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævns flertal underkendte beslutningen om tvangsbehandling med den begrundelse, at den sædvanlige vedligeholdelsesdosis af tablet Clozapin er op til 300 mg dagligt, og at behovet for en højere dosis ikke var tilstrækkeligt dokumenteret i journalen.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at en dosering på op til 900 mg dagligt udgør sædvanlig dosis ved behandling med tablet Clozapin. Ved vurderingen lagde vi vægt på oplysningerne på pro.medicin.dk, hvoraf det fremgår, at maksimaldosis er 900 mg dagligt.

På den baggrund fandt vi, at den besluttede tvangsbehandling var i overensstemmelse med kravet om anvendelse af sædvanlig dosis og godkendte derfor beslutningen.

Vi bemærker, at afgørelsen indebærer en praksisændring, idet doser på op til 300 mg ved behandling med tablet Clozapin hidtil var blevet betragtet som sædvanlig dosis ved ankenævnet.

SAG 9

Tvangsbehandling af mani med tablet Olanzapin op mod 40 mg dagligt var sædvanlig dosis

Sagen drejede sig om en klage over tvangsbehandling. Der var truffet beslutning om dosisøgning af en igangværende tvangsbehandling med tablet Olanzapin, således at dosis kunne øges til maksimalt 40 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling, da det ikke fremgik konkret af journalen, hvorfor dosis kunne øges op til 40 mg. Nævnet lagde vægt på, at den sædvanlige vedligeholdelsesdosis for tablet Olanzapin er 5-20 mg. Vi bemærker, at dette svarer til doseringsforslag for behandling af patienter med skizofreni på pro.medicin.dk.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede modsat, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosis. Vi bemærkede, at den sædvanlige dosering til patienter med mani er op til 40 mg i døgnet, hvorfor en dosering inden for denne grænse ikke kræver en konkret sundhedsfaglig begrundelse i journalen. Vi lagde vægt på oplysningerne om medicinen på pro.medicin.dk under doseringsforslag ved behandling af mani, hvor det fremgår, at den initiale dosis er 15 mg dagligt, og at dosis kan øges til 40 mg i døgnet.

SAG 10

Det øgede dosisvalg var konkret begrundet i journalen

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Olanzapin med en startdosis på 15 mg dagligt.

Det psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i, at beslutningen om tvangsbehandling kunne godkendes.

Vi vurderede, at den besluttede startdosis var højere end, hvad der betegnes som sædvanlig dosis på pro.medicin.dk. Det var dog oplyst i journalen, at patienten tidligere var blevet behandlet med Olanzapin 15 mg dagligt med god effekt. Vi fandt derfor, at det var nødvendigt og forsvarligt at behandle patienten med den valgte dosis, og at dosis var sædvanlig for patienten.

Regler**4.1.7.3. Ekstraordinært store doser**

Brug af ekstraordinært store doser må ikke finde sted.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 4, stk. 1.

Ankenævnets praksis

I praksis betyder det, at en dosis, der er ekstraordinært stor, ikke kan godkendes, selvom den er konkret begrundet i journalen.

Grænsen for, hvornår der er tale om en ekstraordinært stor dosis, beror på en konkret og individuel vurdering. Når en dosis i et konkret tilfælde er nødvendig og begrundet i journalen, kan der anvendes en større dosis end den maksimalt angivne dosis på pro.medicin.dk. Der vil i sådan et tilfælde ikke være tale om en ekstraordinært stor dosis.

4.1.7.4. Sædvanlig dosisadministration**Ankenævnets praksis**

Vi ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når vi vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering.

Dosis skal normalt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på pro.medicin.dk, for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af pro.medicin.dk, at et bestemt præparat skal gives to gange i løbet af et døgn, opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

Vi ser også på, hvordan medicinen gives. Medicinen skal gives i overensstemmelse med retningslinjerne for den pågældende administrationsform. Det betyder, at doseringen af et præparat ved tabletbehandling skal følge dosisintervallet for tabletbehandling på pro.medicin.dk.

4.1.8. Information om præparaterne**Regler**

Der må ikke bruges tvang, før der er gjort, hvad der er muligt, for at patienten medvirker frivilligt.

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1.

Patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål.

Det fremgår af psykiatrilovens § 31, stk. 1.

Tvangsmedicinering forudsætter, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det fremgår af § 3, stk. 6, i bekendtgørelse om anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Det er vores praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det sekundære præparat, da der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen udføres med det sekundære præparat. Det skal desuden journalføres, at der er givet eller er forsøgt givet information.

4.1.9. Opsættende virkning

Regler

En klage over tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, medmindre det er nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Det gælder også, hvis det er nødvendigt at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Ankenævnets praksis

Det betyder, at hvis der er klaget over en beslutning om tvangsbehandling, må behandlingen normalt først udføres, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning.

En klage over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse til Det Psykiatriske Ankenævn skal derimod ikke tillægges opsættende virkning.

SAG 11

Klage over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse blev ikke tillagt opsættende virkning

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om at godkende en beslutning om tvangsbehandling.

Patienten påklagede samme dag afgørelsen til Det Psykiatriske Ankenævn og anmodede i den forbindelse om, at klagen blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnets vurdering

Vi afviste at tillægge klagen over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse opsættende virkning.

Vi lagde vægt på, at psykiatriloven ikke indeholder bestemmelser om opsættende virkning ved påklage af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser til Det Psykiatriske Ankenævn.

Det fremgår desuden af Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien, at den opsættende virkning i sager om tvangsbehandling indebærer, at behandlingen ikke må iværksættes, før Det Psykiatriske Patientklagenævn har truffet afgørelse i sagen, og at en påklage af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse til Det Psykiatriske Ankenævn ikke har opsættende virkning.

SAG 12

En beslutning om ikke at tillægge klage opsættende virkning blev godkendt

En patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Overlægen besluttede, at klagen ikke skulle tillægges opsættende virkning.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ved deres afgørelse godkendt beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Vi vurderede, at det var nødvendigt at starte tvangsbehandlingen, da der var en nærliggende fare for, at patienten ville udsætte andre for skade. Vi lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten havde været fysisk udadreagerende over for en medpatient, og at der var risiko for udvikling af delir, hvis nattesøvnen ikke blev stabiliseret.

SAG 13**Klage over beslutning om tvangsbehandling burde være tillagt opsættende virkning**

En patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Patientens klage blev ikke tillagt opsættende virkning.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning, fordi patienten frivilligt havde accepteret behandlingen, og der derfor ikke fandtes grundlag for at fravige udgangspunktet om opsættende virkning af klager over tvangsbehandling.

Behandlingsstedet klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi vurderede, at patientens liv eller helbred ikke var udsat for væsentlig fare, og at der ikke var en nærliggende fare for, at patienten ville udsætte andre for skade.

4.1.10. Fortsat tvangsbehandling

Beslutninger om fortsat tvangsbehandling af en patient, der allerede er i behandling, kræver, at patienten stadig opfylder betingelserne for at blive tvangsbehandlet. Betingelserne herfor er beskrevet i afsnit 4.1.1. til 4.1.8.

Den tidsmæssige udstrækning af en fortsat tvangsbehandling skal være begrænset til det absolut nødvendige, da tvang ikke må anvendes i et videre omfang, end hvad der er nødvendigt for formålet.

Det er overlægen, der har ansvaret for, at en tvangsbehandling ikke anvendes i et videre omfang end nødvendigt. Dette følger af psykiatrilovens § 21, stk. 1.

Ankenævnets praksis

Når vi vurderer lovligheden af en beslutning om en fortsat tvangsbehandling af en patient, tager vi derfor stilling til, om patienten fortsat opfylder betingelserne for tvangsbehandling, og om behandlingens udstrækning opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Man forventer normalt, at behandling med antipsykotisk medicin viser optimal effekt i løbet af 1,5 til cirka 3 måneder. Det er dog ikke muligt at angive et præcist tidsrum for hvor lang tid en tvangsbehandling må vare. I vurderingen af udstrækningens lovlighed tager vi i øvrigt hensyn til, at behandlingen indledes med en periode, hvor dosis af præparatet justeres op til et niveau, hvor der må antages at være en effekt af behandlingen.

SAG 14

Beslutning om fortsat tvangsbehandling blev godkendt

En patient havde klaget over en beslutning om fortsat tvangsbehandling i en periode på cirka en måned.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om fortsat tvangsbehandling i perioden.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betingelserne for fortsat at tvangsbehandle patienten i den givne periode var opfyldt.

Vi fandt, at patienten fortsat befandt sig i en psykotisk tilstand, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten. Vi vurderede også, at den fortsatte tvangsbehandlings udstrækning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Vi lagde vægt på, at patienten oplevede en gradvis bedring af tilstanden, og at tvangsbehandlingen blev ophævet, så snart patienten kunne medvirke til frivillig behandling.

4.2. Tvangsbehandling af legemlig lidelse**Regler**

En patient, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse efter psykiatrilovens § 5, og som ikke giver sit informerede samtykke til behandling af en legemlig lidelse, kan tvangsbehandles for denne lidelse, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Det fremgår af psykiatrilovens § 13.

Hvis patienten ikke er indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det også en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der først er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse efter psykiatrilovens § 6, stk. 3. Desuden skal overlægen på den psykiatriske afdeling have truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt efter psykiatrilovens § 9, stk. 2.

Beslutning om tvangsbehandling træffes af den psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab. Behandling kan ske på somatisk afdeling, hvis det er nødvendigt.

Ankenævnets praksis

Det er desuden vores praksis, at vi tager stilling til, om forholdene har tilladt, at patienten kunne gives en passende betænkningstid for at forsøge at opnå patientens frivillige medvirken. Dette er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 4, stk. 1.

SAG 15

Beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse blev godkendt, selv om patienten ikke fik betænkningstid

En patient havde klaget over tvangsbehandling af legemlig lidelse i form af dehydrering, hvor der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med væske i form af 2 liter isoton NaCl samt 0,5 liter glukose.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betingelserne for at tvangsbehandle patienten for sin legemlige lidelse var opfyldt.

Vi lagde vægt på, at patienten havde drukket sparsomt siden indlæggelsen tre dage forinden og igennem det forudgående halvandet døgn ikke havde indtaget væske eller mad. Desuden blev der lagt vægt på, at patienten ikke havde tisset siden fikseringen knapt et døgn forinden, at det var 30 grader udenfor, at patienten havde let grad af slap hud, som havde mistet sin normale elasticitet (nedsat hudtugor) og indsunkne øjne.

Vi vurderede desuden, at det var relevant, at der ikke blev givet betænkningstid.

4.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)**Regler**

Særligt for tvangsbehandling med såkaldt elektrostimulation (ECT) gælder, at behandlingen kun må gennemføres, hvis patienten udover at opfylde de almindelige betingelser for tvangsbehandling også befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, og bekendtgørelsens § 8.

Ankenævnets praksis

Det er desuden vores praksis, at vi tager stilling til, om forholdene har tilladt, at patienten kunne gives en passende betænkningstid for at forsøge at opnå patientens frivillige medvirken. Dette er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 4, stk. 1.

SAG 16

Tvangsbehandling med ECT godkendt, selvom patienten ikke fik betænkningstid

En patient klagede over en beslutning om tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT). Patienten blev ikke motiveret for behandlingen og fik dermed ikke betænkningstid.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling med ECT.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

**Ankenævnets
vurdering**

Vi godkendte beslutningen om tvangsbehandling med anvendelse af ECT.

Vi vurderede, at patienten var psykotisk og befandt sig i en akut situation med fare for helbredet. Vi lagde vægt på, at patienten havde alvorlig dehydrering, og at patienten under hele indlæggelsen, der havde varet cirka en uge, havde afvist at indtage væske frivilligt.

Regler**4.4. Brug af fysisk magt**

En person, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, kan fastholdes, og om nødvendigt, med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, hvis betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt.

Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 1.

Efter § 14, stk. 2 må fysisk magtanvendelse kun bruges kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller udøver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter vil kunne afværges ved brug af mindre indgribende midler end tvangsfiksering.

Spørgsmålet om hvilket middel, der skal bruges i det enkelte tilfælde, afgøres under iagttagelse af mindstemiddelprincippet efter psykiatrilovens § 4, stk. 2, som er beskrevet i afsnit 4.1.2.

Det vil i nogle tilfælde ikke være muligt at forsøge med mindre indgribende tiltag inden brug af fysisk magt, når det er en akut situation med et element af nærliggende fare.

Fastholdelse uden andre samtidige tiltag skal være så kort som muligt og bør aldrig have en varighed på mere end 30 minutter. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien.

SAG 17**Brug af fysisk magt var i overensstemmelse med
mindstemiddelprincippet**

En patient havde klaget over brug af fysisk magt i forbindelse med en tvangsindlæggelse, hvor patienten skulle overflyttes til lukket sengeafsnit for at sikre patientens fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen. Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at brugen af fysisk magt var nødvendig, idet der var en nærliggende fare for, at patienten ville gøre skade på sig selv, hvis patienten forlod afdelingen og dermed ikke kunne modtage den relevante behandling.

Vi vurderede også, at den fysiske magt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. Vi lagde vægt på, at man før fastholdelsen havde forsøgt mindre indgribende tiltag ved at tale med patienten, og at det gentagne gange var forsøgt at få patienten til at følge med frivilligt, uden at det havde tilstrækkelig effekt. Patienten blev fastholdt i 5 minutter i forbindelse med overflytningen. Vi lagde også vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt.

Beslutningen om brug af fysisk magt blev derfor godkendt.

4.5. Indgivelse af beroligende medicin med magt

Hvis en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, befinder sig i en urolig tilstand, kan der være behov for at give beroligende medicin med magt.

Når vi vurderer, om betingelserne for at give beroligende medicin med magt er opfyldt, gøres det som udgangspunkt efter følgende kriterier:

- Er det nødvendigt at give beroligende medicin med magt med henblik på at bringe patienten til ro og på bedring af dennes tilstand?
- Er kravet om mindst indgribende tiltag opfyldt?

Vi tager ved vurderingen stilling til, om man, før indgivelse af beroligende medicin med magt, har forsøgt at:

- begrænse og korrigere patientens aktiviteter
- tale patienten til ro
- tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Hvis nogle af ovenstående tiltag ikke er forsøgt, tager vi stilling til, om det var konkret begrundet i journalen.

Vi tager desuden stilling til, om der er tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til pro.medicin.dk. Hvis der er tale om en usædvanlig dosering, tager vi stilling til, om det konkret fremgår af journalen, hvad begrundelsen var for at gå ud over sædvanlig dosering.

4.5.1. Patientens tilstand

Regler

En læge kan bestemme at give en patient beroligende medicin med magt, hvis det er nødvendigt og af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 2.

4.5.2. Mindstemiddelprincippet

Mindstemiddelprincippet er beskrevet i afsnit 4.1.2.

Det følger af mindstemiddelprincippet, at indgivelse af beroligende medicin med magt ikke må bruges, før der er gjort, hvad der er muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. En patient skal således tilbydes at tage medicinen frivilligt, før det besluttet at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at medicinen er tilbudt til frivillig indtagelse.

Derudover skal indgivelse af beroligende medicin med magt stå i rimeligt forhold til det, man vil opnå med den. Der skal anvendes mindre indgribende tiltag, såsom at skærme patienten eller tale patienten til ro, hvis disse er tilstrækkelige.

Det skal også journalføres, hvis man forgæves har forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro. Dette vil kunne dokumentere, at mindre indgribende tiltag ikke var tilstrækkelige.

Vi kan konkret vurdere, at mindstemiddelprincippet er opfyldt, selvom mindre indgribende tiltag ikke er forsøgt inden. Dette vil bero på de konkrete omstændigheder.

4.5.3. Fysisk magt som accessorisk indgreb

Sundhedsstyrelsens vejledning

Der kan ske fastholdelse af en patient i forbindelse med et andet tvangsindgreb. Dette fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning, nr. 9257 af 19. marts 2023, om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien.

En sådan fastholdelse er ikke udtryk for selvstændig tvang, men en nødvendig fastholdelse for at gennemføre et andet tvangsindgreb – såkaldt fysisk magt som accessorisk indgreb.

Det fremgår også af vejledningen, at varigheden af denne form for fastholdelse skal være kortvarig og udelukkende i direkte tilslutning til et andet tvangsindgreb. Hvis der er behov for fastholdelse herudover, er der tale om et selvstændigt tvangsindgreb.

Vi tager derfor stilling til, om fastholdelsen i forbindelse med indgivelsen af beroligende medicin med magt opfylder mindstemiddelprincippet i de tilfælde, hvor der er klaget over fastholdelsen.

4.5.4. Præparat og dosis

Sædvanlig dosering i forbindelse med tvangsbehandling er også beskrevet i afsnit 4.1.7.

Når patienten får beroligende medicin med magt, vurderer vi den indgivne dosis på baggrund af den samlede døgn dosis, hvis der for eksempel er givet beroligende medicin flere gange inden for ét døgn.

Når det besluttet at give beroligende medicin med magt, skal præparat og dosis desuden normalt svare til det præparat og den dosis, patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse. Hvis der er tale om en optrappet situation, kan

der dog være grundlag for at give beroligende medicin i en højere dosis end den, der er tilbudt, eller at give et andet præparat.

Det følger af mindstemiddelprincippet, at der ikke må gives mere medicin, herunder en højere dosis eller flere præparater, end hvad der er nødvendigt for at bringe patienten til ro.

SAG 18

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Indgivelse af injektion Zyprexa 20 mg på én gang blev ikke godkendt
En patient klagede over indgivelse af beroligende medicin med magt i form af injektion Zyprexa 20 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om godkendelse af indgivelse af beroligende medicin med magt.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var ikke enige med det Psykiatriske Patientklagenævn og ændrede derfor afgørelsen. Vi vurderede, at man ikke bør give mere end 10 mg injektion Olanzapin ad gangen. Herefter kan dosis gentages efter to timer.

Vi lagde vægt på, at patienten fik indgivet injektion Zyprexa (Olanzapin) 20 mg på én gang. Desuden lagde vi vægt på, at det fremgik af pro.medicin.dk, at ved behandling med injektion Zyprexa anvendes initialt 5-10 mg intramuskulært. Dosis kan gentages efter to timer og eventuelt igen efter fire timer efter anden injektion. Der bør højst gives tre injektioner og samlet op til 20 mg i døgnet.

Vi godkendte derfor ikke beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Sag 19

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Indgivelse med en døgndosis større end anbefalet blev ikke godkendt

En patient klagede over et forhold med indgivelse af beroligende medicin, hvor patienten havde fået tablet Zyprexa 10 mg sammen med tablet Lorazepam 2 mg ved magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi var ikke enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse og ændrede derfor afgørelsen. Vi vurderede, at dosis udgjorde en ekstraordinært stor dosis for patienten i den pågældende situation.

Vi lagde vægt på, at patienten tidligere inden for samme døgn også havde fået beroligende medicin med injektion Lorazepam 4 mg efterfulgt af tablet Lorazepam 4 mg. Den samlede døgndosis på 10 mg Lorazepam oversteg som udgangspunkt den maksimale anbefalede døgndosis, der ifølge pro.medicin.dk er 7,5 mg for tabletbehandling og 8 mg for injektionsbehandling. Vi lagde

desuden vægt på, at det ikke i journalen var begrundet, hvorfor den samlede døgndosis på 10 mg var nødvendig og forsvarlig for patienten.

Vi godkendte dermed ikke beslutningen om at give beroligende medicin med magt.

SAG 20

Indgivelse af to injektioner med Zyprexa inden for to timer blev ikke godkendt

En patient klagede over indgivelse af beroligende medicin med magt med injektion Zyprexa 5 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at den anvendte dosis ikke var sædvanlig. Vi lagde vægt på, at dosis ifølge pro.medicin.dk kan gentages efter to timer og eventuelt igen efter fire timer efter anden injektion. Patienten havde cirka halvanden time inden injektionen fået injektion Zyprexa 5 mg. Dermed var der ikke gået to timer, da man gav patienten medicinen igen, og der fremgik ikke af journalen en begrundelse herfor.

Vi godkendte dermed ikke beslutningen om at give beroligende medicin med magt.

SAG 21

Indgivelse blev ikke godkendt, da den indgivne medicin ikke var den samme som den tilbudte

En patient klagede over indgivelse af beroligende medicin med magt med tablet Olanzapin 10 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at den medicin, der blev tilbudt til frivillig indtagelse, ikke var den samme, som patienten fik med tvang. Vi lagde vægt på, at patienten blev tilbudt at tage tablet Lorazepam 2 mg frivilligt, hvilket patienten afslog. Derefter fik patienten med magt tablet Olanzapin 10 mg.

Vi lagde yderligere vægt på, at de to lægemidler adskiller sig både i virkningsmekanisme og bivirkningsprofil og derfor ikke kan anses for ligestillede og ækvivalente, selvom begge kan anvendes som beroligende medicin. Der var ikke oplysninger i journalen, der tydede på, at der var tale om en eskaleret situation, eller at der i øvrigt forelå særlige forhold, som medførte, at man ikke kunne tilbyde patienten tablet Olanzapin 10 mg til

frivillig indtagelse forud for, at det blev besluttet at give patienten medicinen med magt.

Vi godkendte dermed ikke beslutningen om at give beroligende medicin med magt.

SAG 22**Det Psykiatriske
Patientklagenævns
afgørelse****Samtidig indgivelse af to lægemidler blev ikke godkendt**

En patient klagede over indgivelse af beroligende medicin med magt med injektion Zyprexa 10 mg og tablet Lorazepam 2 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Patienten klagede over afgørelsen til ankenævnet.

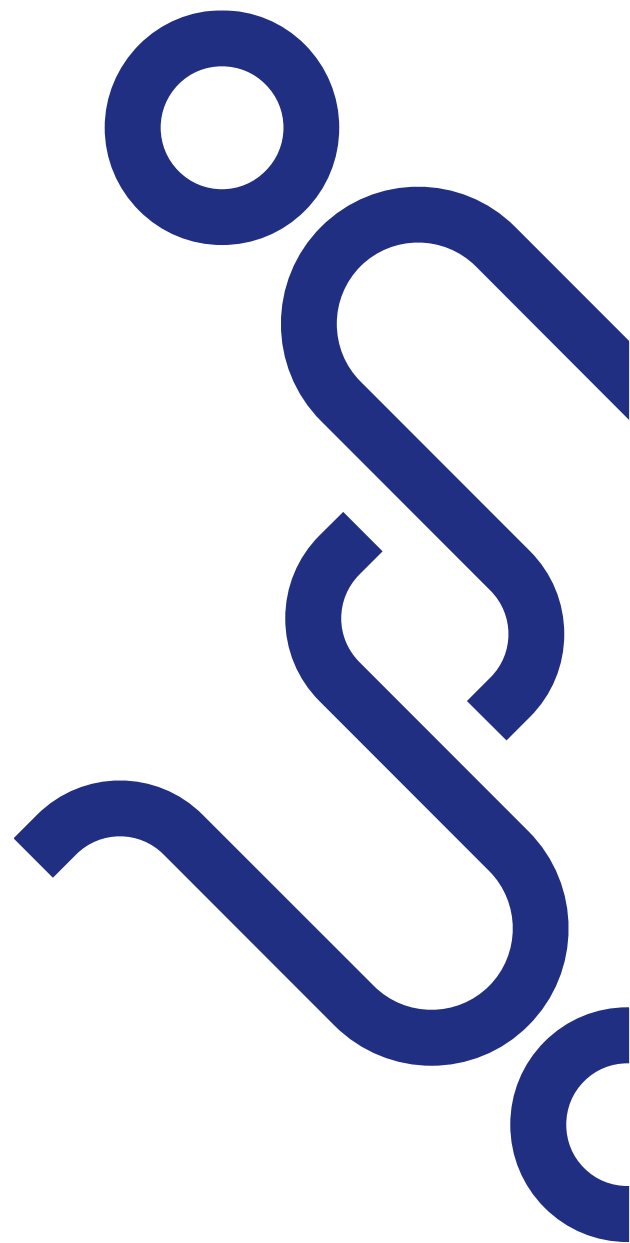
**Ankenævnets
vurdering**

Vi vurderede, at det er ikke sædvanligt at administrere begge lægemidler samtidigt, og at man normalt vil administrere ét lægemiddel ad gangen og afvente effekten af dette, før der gives et andet lægemiddel.

Vi lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, hvorfor man gav patienten både injektion Zyprexa og tablet Lorazepam på én gang, og at den samtidige behandling med begge lægemidler på den baggrund ikke var tilstrækkeligt begrundet.

Vi godkendte dermed ikke beslutningen om at give beroligende medicin med magt.

AFSLUTNING



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

5. Afslutning

5.1. Læring

Det er vigtigt for os fortsat at udbrede kendskabet til vores afgørelser i konkrete sager. Rent praktisk gøres dette i form af blandt andet årsberetninger og offentliggørelse af afgørelser.

Ønsket er, at denne årsberetning medvirker til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger får indsigt i praksis og kan inddrage denne læring i deres arbejde. Derudover får patienter mulighed for selv at søge viden om nævnets praksis. Dette bidrager til gennemsigtighed i nævnets arbejde og er med til at styrke patienternes retssikkerhed.

Vi vurderer ved hvert nævnsmøde, om der er sager, som er principielle eller kan bidrage med generel læring. De sager, der vurderes at kunne bidrage til læring, offentliggøres anonymt på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside stpk.dk.

I 2025 offentliggjorde vi tre afgørelser, som vi vurderede var af principiel karakter eller som i øvrigt kunne bidrage til læring.

Vi har ikke fundet grundlag for at offentliggøre flere afgørelser i år. Det skyldes, at der har været færre praksisændringer sammenlignet med tidligere år. Derudover offentliggør vi ikke afgørelser, der er konkret begrundede, fordi læringspotentialet i sådanne sager er begrænset. Vi offentliggør som udgangspunkt heller ikke afgørelser, der er udtryk for fast praksis, medmindre vi vurderer, at der er behov for at tydeliggøre eller præcisere vores praksis. Disse afgørelser beskriver vi derimod i årsberetningen.

Sekretariatet, der behandler sagerne, drøfter tvivlsager, inden de behandles af nævnet. På den måde deler sagsbehandlerne viden fra de enkelte sager. Det sikrer, at praksis er ensartet og giver en opmærksomhed på hvilke sager, der kan være relevante at offentliggøre.

Sekretariatet inddrager desuden lægefaglige sagkyndige til brug for vurdering af sagerne, som dermed bidrager med den gældende faglige norm fra psykiatrien i nævnets arbejde. Dette er med til at sikre, at afgørelserne træffes på et solidt fagligt grundlag.

5.2. Forventninger til fremtiden

Vi vil tilstræbe i 2026 at have fokus på at offentliggøre principielle afgørelser og afgørelser, som bidrager til læring i psykiatrien.

Vi vil desuden arbejde for at opnå en sagsbehandlingstid i overensstemmelse med det politiske mål på seks måneder i gennemsnit.



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N